# Casuistischer Beitrag

zur

# Stauungspapille bei Hirntumoren.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 7. März 1893

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

**Georg Levinsohn**

prakt. Arzt

aus Lyck (Ostpreussen).

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Benno Goitberg, prakt. Arzt.
- Dr. med. S. Cohn, prakt. Arzt.
- Cand. med. Max Wolff.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535707_0176

Unter den Erkrankungen, welche zu einer Stauungspapille führen, nehmen die intercraniellen Tumoren bei weitem den ersten Rang ein. Schon Graefe wies im Jahre 1859 auf diese wichtige Thatsache hin. H. Jackson stellte 1872 fest, dass Hirntumoren nahezu immer mit Affectionen der Sehnerven verbunden sind, und dass bei chronischen Hirnleiden doppelseitige Papillitis fast regelmässig durch einen Tumor oder eine andere Herderkrankung im Gehirn bedingt ist.

Aus den Zusammenstellungen von Annuske und Reich, die sich über ein grosses Material erstrecken, geht hervor, dass Papillitis eine fast ausnahmslose Begleiterin der Gehirntumoren ist und unter sämtlichen Symptomen bei weitem das hervorragendste ist. Es waren nach der Zusammenstellung des letzteren unter 88 Fällen mit Sectionsbefund und Augenspiegeluntersuchung in 95,4 % Papillitis oder papillitische Atrophie und nur in 4,5 % keine Veränderung an der Papille vorhanden.

Trotzdem aber schon frühzeitig Graefe das häufige Vorkommen der Stauungspapille bei Hirntumoren betont hatte, ist diese Thatsache von den inneren Klinikern bis in die siebziger Jahre fast völlig vernachlässigt worden. Dieses erklärt sich aus dem Umstande, dass Sehstörungen bei der Stauungspapille lange Zeit vollständig fehlen können, dass aber diese erst Veranlassung zur ophthalmoskopischen Untersuchung gaben, so dass natürlich verhältnismässig auch nur selten intraoculare Sehnervenveränderungen bei intracraniellen Neubildungen gefunden werden konnten. Gleichwohl ist das vollständige Fehlen der Stauungspapille in einzelnen seltenen Fällen auch jetzt nicht zu bezweifeln; der Patient stirbt eben eher, als es zu ihrer Entwicklung kommt, und wird alsdann der Tod wohl nicht auf allgemeine Hirndrucksteigerung zurückgeführt werden können.

Der Sitz der Geschwulst hat ebensowenig als ihre Natur Einfluss auf die Entstehung der Papillitis. Geschwülste des Kleinhirns, der Convexität und der Basis des Grosshirns rufen sie in gleicher Weise hervor.

Bei weitem am häufigsten trifft man unter den intraocularen Sehnervenalterationen bei Hirntumoren das Bild der typischen sogenannten Stauungspapille, mit starker und steil abfallender Schwellung der Papille, hochgradiger venöser Hyperämie und Ischämie der Arterien, ein Bild, das bei vollkommener

Entwicklung fast pathognomonisch für Hirntumor genannt werden kann, und, wenigstens wenn es sich um ein chronisches Leiden handelt, mit grösster Wahrscheinlichkeit eine intracranielle Geschwulst anzunehmen gestattet. Nur sehr ausnahmsweise liegt hierfür eine andere Art von Herderkrankung in der Schädelhöhle zu Grunde.

So können Blutungen in der Schädelhöhle, namentlich mit Durchbruch an die Basis, Hirnabscesse, Entzündung der Meningen eine Stauung des intraocularen Sehnervenendes bedingen. Von sonstigen Ursachen sind Orbitalaffectionen anzuführen, insbesondere wieder Tumoren der Orbita, welche aber wegen des meist einseitigen Auftretens und des Exophthalmus nicht leicht zur Verwechslung Anlass geben; ferner Morbus Brightii, indem die Retinitis albuminurica in Ausnahmefällen sich ausschliesslich auf die Papille localisieren kann. Als entfernte Ursachen sind die Umstände anzusehen, die eine Hyperämie der Meningen veranlassen oder unterhalten können, wie Insolation, geistige Überanstrengung, Menstruationsstörungen u. a. Höchst selten dürfte es sein, dass eine spontane Papillitis ohne Hirnleiden und ohne sonstige nachweisbare Ursachen dieselben Charaktere darbietet.

Wie Graefe zuerst auf das häufige Vorkommen der Stauungspapille bei Hirntumoren hingewiesen hatte, so gab er auch die erste Erklärung für das

Zustandekommen derselben. Er stellte sich vor, dass durch die Steigerung des intracraniellen Druckes, infolge der Raumbeengung durch den Tumor, die Entleerung der Venae ophthalmicae in die Sinus cavernosi beeinträchtigt werde und dadurch eine Stauung in den Venae centrales zustande kommt. Diese Stauung sollte ihrerseits wieder in dem unnachgiebigen Skleralring den Nervus opticus incarcerieren und diese Incarceration noch mehr, als es schon die gefüllten Venen thun, die Circulationsstörung jenseits der Lamina cribrosa steigern und so die übrigen bekannten Veränderungen am intraocularen Sehnervenende zur Folge haben. Diese Theorie musste jedoch fallen gelassen werden, als im Jahre 1869 Sesemann nachwies, dass das Blut der Orbitalvenen durch die Vena facialis seinen Abzug findet, ja erstere unter Umständen imstande sind, Blut aus den Sinus cavernosi aufzunehmen, und ferner, dass die Vena centralis retinae starke Anastomose an die Vena ophthalmica abgiebt, infolgedessen niemals eine irgendwie herbeigeführte Compression der Sinus cavernosi die sogenannte Stauungspapille bedingen kann. Schmidt-Rimpler stellte daher die Theorie auf, dass durch den vermehrten intracerebralen Druck die Cerebrospinalflüssigkeit aus dem Arachnoidealsack in den Canalis opticus, der wie Schwalbe nachwies, mit ersterem in Verbindung steht, hineingetrieben, von dort in das Maschenwerk der Lamina

cribrosa hineingepresst würde; dadurch, dass nun das intraoculare Sehnervenende eingeschnürt würde, kämen Stauungs- und Entzündungserscheinungen zustande. Diese Theorie wurde durch zahlreiche, von ihm u. A. wie Manz, Wolfferling, Quincke angestellte Versuche erhärtet.

Wenn man von einigen anderen Theorieen über die Entstehung der Stauungspapille absieht, Theorieen, die zum grossen Teile nur von geringer Beweiskraft waren und niemals allgemeinere Anerkennung gefunden haben, so ist es noch die Leber'sche Theorie, welche der Schmidt'schen Auffassung von der Stauungspapille gegenüber steht. Leber legt den grössten Wert auf die bei der Stauungspapille vorkommenden entzündlichen Erscheinungen. Er nimmt an, dass Hirntumoren zur Hyperämie der Gefässe, zur Secretion derselben und schliesslich zum Hydrops der Ventrikel führten. Weiter folgert er, dass die exsudierten Producte, die Entzündung erregende Eigenschaften besässen, in den Zwischenscheidenraum des Sehnerven gelangten und am intraocularen Ende vermöge ihrer entzündlichen Kraft die Entstehung der Papillitis bewirkten. Und in der That spricht vieles für die Richtigkeit dieser Anschauung. Die Hyperämie und Gefässneubildung in der Papille, die Exsudation und Runzelinfiltration in der Papille und angrenzenden Retina und Chorioidea, die körnige und hyaline Entartung einzelner Gefässe, die Hyperplasie

des Bindegewebes und der Nervenfasern, alles Processe, die bei der Stauungspapille häufig zu finden sind, sie lassen mit grosser Wahrscheinlichkeit an andere im menschlichen Organismus vorkommende, fast stets durch Entzündungserreger herbeigeführte pathologische Zustände denken. Auch gelang es Leber u. A., wie Deutschmann, durch Einbringen von Entzündungsstoffen in das Schädelinnere das Bild der Stauungspapille hervorzurufen. Trotzdem daher nicht bezweifelt werden kann, dass die Entstehung der Stauungspapille im Leber'schen Sinne ab und zu zustande kommt, so kann diese Theorie doch nicht so verallgemeinert werden, wie es nach der Ansicht Leber's der Fall sein sollte. Man wird zugestehen, dass vielleicht bei manchen entzündlichen Processen des Gehirns, wie Gehirnabscess, Meningitis, die Stauungspapille durch Übertragung von Entzündungsstoffen veranlasst werde; diese Krankheiten pflegen aber verhältnismässig sehr selten am intraocularen Sehnervenende stärkere Stauung herbeizuführen. Dagegen sieht man bei Hirntumoren die allerstärksten Grade der Stauungspapille, während gerade hier entzündliche Erscheinungen entweder fast ganz fehlen oder in geringer Menge vorhanden sind. Auch dürfte es wunderbar erscheinen, warum nicht nach der Leber'schen Hypothese alle Hirnnerven afficiert werden, da sie doch sämtlich von den entzündlichen Exsudaten bespült werden, sondern immer nur der Opticus allein.

Ja, warum meist nur das Ende des Opticus und nicht der Stamm selbst? Wenigstens kommt es bei Veränderungen des Opticus, die durch Hirntumoren bedingt sind, fast ausschliesslich erst zur Stauungspapille, bevor der Stamm selbst angegriffen wird. Während demnach die Leber'sche Hypothese zahlreiche Lücken aufweist, lassen sich alle diese Fragen nach der Schmidt-Rimpler'schen Theorie leicht beantworten. Die anatomischen Bedingungen, das Verhalten der Sehnervenscheide, der Skleralring machen eben das Zustandekommen der Stauungspapille bei Hirntumoren sehr leicht verständlich.

Wir haben also gesehen, dass wir in der Stauungspapille ein äusserst wertvolles Symptom für die Diagnose von Hirntumoren besitzen. Es ist daher unbedingt nötig, in jedem Falle, in dem nur ein Hirntumor vermutet werden kann, den ophthalmoskopischen Befund festzustellen. Denn abgesehen davon, dass die Diagnose dadurch gesichert werden kann, ist die frühzeitige Erkennung des Tumors oft von grosser Bedeutung, indem manchmal vollständige Genesung nur von einer frühzeitigen Diagnose abhängt. Im Folgenden werde ich einen Fall von Hirntumor beschreiben, bei dem zufällig gefundene, sehr deutlich ausgesprochene Stauungspapillen fast das einzige Symptom waren, bei dem dann eine günstig eingeleitete Behandlung Heilung brachte, bevor überhaupt eigentliche Symptome mit Ausnahme der Stauungs-

papillen aufgetreten waren. Vorher möchte ich jedoch noch eines ähnlichen Falles von Hirntumor Erwähnung thun, der durch seine Ätiologie interessant ist.

## Fall I.

Es handelt sich um einen 14jährigen Drechslerlehrling, der einen Arzt consultierte, und von diesem wegen einer an den Augen bemerkten Affection Ende September 1892 in die Guttmann'sche Augenpoliklinik geschickt wird. Die vorgenommene Augenuntersuchung führt dazu, in der Anamnese bei dem Knaben namentlich auf Lues und Tuberculose zu forschen. Doch giebt weder die Anamnese einen Anhaltspunkt, noch lassen äussere Erscheinungen vermuten, dass eine dieser Krankheiten jemals vorgelegen hat. Insbesondere bleibt die Anamnese und Untersuchung auf congenitale Lues absolut negativ. Der Knabe giebt an, bis zur Mitte dieses Monats stets gesund gewesen zu sein. Seit dieser Zeit sei er von anhaltenden Kopfschmerzen und Schwindelanfällen geplagt worden. Auch sei ab und zu Erbrechen aufgetreten. Gegen die Kopfschmerzen, die hauptsächlich links auftraten und von der Stirn nach dem Hinterhaupt hin ausstrahlten, habe er sich Eisumschläge auf den Kopf gemacht, und diesem Umstande schreibt

er ein von nun an sich einstellendes Schielen nach einwärts zu. Auf Grund der Untersuchung wird er in die Klinik aufgenommen.

Die Untersuchung ergiebt: Mässige Percussion des Schädels wird links, namentlich auf dem Scheitelbein schmerzhaft empfunden; das Gehör ist auf der rechten Seite etwas herabgesetzt, ebenso macht sich auf dieser Seite geringe Facialisparese bemerkbar. Auch die Psyche ist mässig beeinträchtigt, doch wird dieses erst bei genauerer Untersuchung beobachtet. An den Augen fällt vor allem das Einwärtsstehen des linken Auges auf. Die Beweglichkeit desselben ist beschränkt, doch ist der Knabe noch imstande, beim Blick nach links das Auge bis zur Mittellinie zu bringen, darüber hinaus ist ihm dieses nicht möglich. Ferner klagt er über Doppelbilder, die sich bei der Untersuchung als gleichseitig herausstellen. Die Doppelbilder stehen nur in der Horizontale räumlich auseinander, das Höhenniveau bleibt dasselbe, auch wenn der Blick nach oben oder unten gerichtet wird. Am Hirschberg'schen Schema beträgt die grösste horizontale Entfernung der Doppelbilder in 1 m Entfernung gemessen beim Blick nach links 7 Zoll. Die Sehprüfung ergiebt geringe Myopie, normale Sehschärfe. Beiderseits wird Sn. 15 in einer Entfernung von 14 Fuss und Schweiger 0,3 in nächster Entfernung bis zu 30 cm deutlich gelesen. Die Untersuchung mit dem Augenspiegel zeigt klar brechende Medien

und normal gefärbten Hintergrund. Die Papillen sind auf beiden Seiten prominent, links ist der Papillenkopf mit 1 D, die Umgebung mit 3 D deutlich sichtbar. Rechts ist das Verhältnis 0 D : 2 D. Die Papille selbst erscheint trübe und vergrössert. Die Grenzen sind verschwommen, die Fovea centralis ist gerötet; die Venen sind stark geschlängelt und verbreitert, die Arterien mässig verengt.

Diagnose: Die geringe Demenz, die Kopfschmerzen, das Schwindelgefühl und Erbrechen, die auf der linken Seite des Schädels schmerzhaft empfundene Percussion, die Paresen der Gesichtsnerven, vor allem aber die auf beiden Seiten vorhandenen Stauungspapillen lassen die Diagnose Tumor cerebri fast als gesichert erscheinen. Den Sitz dieses Tumors zu bestimmen, dürfte indes mit Sicherheit kaum gelingen. Die Abducensparese auf der einen Seite, die Parese des Acusticus und Facialis auf der anderen Seite lassen einen Tumor annehmen, der an der Basis cerebri gelegen ist und die aus dem Cerebrum hervorkommenden Nerven entsprechend ihrer Beeinträchtigung comprimiert. Die Schmerzhaftigkeit auf der linken Seite des Schädels bei der Percussion desselben könnte man dann als Fernwirkung auffassen. Andererseits aber kann man sich auch vorstellen, dass wir es hier mit disseminierten Geschwülsten zu thun haben, von denen zwei die an der Basis gelegenen Nerven der verschiedenen Seiten einzeln comprimieren,

eine dagegen, die in der Nähe des linken Scheitelbeins oder im Knochen selbst gelegen ist, die Schmerzhaftigkeit desselben direct hervorruft. — Noch viel weniger wie die Lage des Tumors lässt sich seine Art bestimmen. Tuberculose und Syphilis sind nach Anamnese fast ausgeschlossen, andere ätiologische Momente sind ebensowenig vorhanden.

Dennoch wird bei dem Knaben eine energische antiluetische Therapie eingeleitet. Dieses geschieht schon hauptsächlich aus dem Grunde, weil immerhin doch die Möglichkeit vorhanden ist, dass der Tumor specifischer Natur, und eine Heilung dann ja nur von einer solchen Therapie erwartet werden kann. Es wird demnach an dem Knaben eine Inunctionskur vorgenommen, und zwar werden zu gleicher Zeit täglich 4 g Unguent. ciner. auf der Haut des Knaben verrieben und ausserdem drei Mal ein Esslöffel einer 4% Jodkalilösung verabfolgt. Nachdem diese Therapie 8 Tage fortgesetzt ist, zeigt sich der Status am

6. X. Kopfschmerzen und Schwindel haben nachgelassen, die Brechneigung hat völlig aufgehört; die Sehprüfung giebt wiederum denselben normalen Befund. Am linken Abducens hat sich jetzt vollständige Paralyse mit Übergewicht des Musculus rectus internus herausgebildet. Das linke Auge kann nicht mehr in die Primärstellung gebracht werden. Die Doppelbilder stehen beim Blick nach links jetzt noch etwas weiter aus einander. Der Augenhintergrund ist un-

verändert geblieben. Die Schmierkur wird fortgesetzt, die Jodkaligaben werden jetzt etwas gesteigert (10 : 200).

11. X. Das Allgemeinbefinden des Knaben ist sehr gut, Schwindel, Brechneigung sind ganz geschwunden, die Kopfschmerzen, die an Intensität bedeutend verloren haben, treten nur noch zeitweise auf. Die Sehprüfung ergiebt das frühere Resultat. Auch der Augenhintergrund ist unverändert.

13. X. Die Schmierkur wird auf einige Tage unterbrochen, da Zeichen von Anämie bemerkbar sind. Im Ganzen sind bis jetzt 62 g ung. ciner. zu derselben verwandt worden. Die Jodkaligaben werden nach wie vor fortgesetzt.

16. X. Da die Anämie verschwunden ist, wird die Inunctionskur wieder aufgenommen.

18. X. Allgemeinbefinden gut. Die Kopfschmerzen haben jetzt vollständig nachgelassen. Auch in der Lähmung des linken Abducens macht sich nun eine leichte Besserung bemerkbar. Sehschärfe und Gesichtsfeld normal.

28. X. Die Abducensparalyse fängt an, sich stärker zurückzubilden, sonst Status idem. Die Schmierkur wird für einige Zeit ausgesetzt. Im ganzen sind bis jetzt 100 g ung. ciner. verabfolgt.

7. XI. Die Beschränkung des linken Musculus rectus externus ist jetzt bedeutend zurückgegangen, die Doppelbilder stehen beim Blick nach links am Hirsch-

berg'schen Schema gemessen in 1 m Entfernung nur 4 Zoll von einander entfernt.

Die Prominenz der Papille hat links etwas abgenommen. Die Höhendifferenz derselben zum Augenhintergrund beträgt jetzt mit dem Augenspiegel auf beiden Seiten 1 D. Auch sonst ist die Stauungspapille links nicht mehr so ausgesprochen wie früher; die Venen sind weniger geschlängelt und zeigen geringere Füllung.

18. XI. Die Abducensbeschränkung ist dieselbe geblieben, die entzündlichen Erscheinungen sind jetzt noch weiter zurückgegangen, wenn auch noch ein deutliches Bild der Stauungspapille auf beiden Seiten besteht.

Die Papillen sehen nicht mehr so verschwommen aus wie früher. Die Grenzen fangen an, sich zu markiren.

21. XI. Die Schmierkur wird wieder aufgenommen, ausserdem erhält der Patient drei Mal täglich einen halben Theelöffel Liqu. ferri album.

23. XI. Die Abductionsbeschränkung besteht zwar noch, ist jedoch jetzt sehr gering. Da auch sonst weiter keine krankhaften Erscheinungen mehr vorhanden, die übrigen Paresen völlig zurückgegangen sind, wird der Patient als geheilt entlassen, die Schmierkur indes noch ambulatorisch fortgesetzt.

Nachdem 150 g unguent. ciner. verbraucht sind,

hört man mit der Inunctionskur auf, ebenso wird jetzt das Jodkali fortgelassen.

21. XII. Sehschärfe normal, Bewegung beider Augen unbeschränkt, Gesichtsfeld für weiss und Farben frei, Stauung auf beiden Papillen nicht mehr nachweisbar. Die Papillen haben sich auf normale Grösse zurückgebildet, die Ränder, namentlich der temporale sind scharf abgegrenzt: am Rande der linken Papille nasalwärts und oben von derselben sieht man leichte streifige Trübungen, die rechte Papille zeigt noch ganz geringe Hyperämie. Die Demenz, Kopfschmerzen, Facialis- und Acustcusparese sind völlig geschwunden.

Der eben beschriebene Fall ist ein Beispiel für die ausserordentlich schnell und prompt wirkende Heilkraft des Quecksilbers und Jods bei Spätaffectionen der Syphilis. Aber noch etwas Anderes lehrt dieser Fall. Nach der Anamnese sowohl als nach der genauesten Untersuchung war nichts vorhanden, was auf einen syphilitischen Ursprung des Hirntumors hinwies. Trotzdem wurde eine antisyphilitische Kur eingeschlagen Denn einmal war die Möglichkeit, dass es sich doch um ein Hirngummi handelte, nicht ausgeschlossen andrerseits kommen, wenn man von der operativen Behandlung absieht, andere Behandlungsweisen bei Hirntumoren kaum in Betracht. Bevor man sich aber zu einer Operation entschliessen wird, muss jede Aussicht auf sonstige Heilung der Geschwulst genommen sein. Wenn nämlich auch die Hirnchirurgie namentlich in

den letzten Jahren sehr weit vorgeschritten ist, so gehört immerhin die Operation eines Hirntumors zu den gefährlichsten operativen Eingriffen. Einmal deswegen, weil die Tumoren sehr häufig ungemein schwer dem Messer des Chirurgen zugänglich sind, die kleinste nicht beabsichtigte Verletzung aber für das Individuum oft von den unheilvollsten Folgen begleitet sein kann und dann, weil der genauen Bestimmung über die Lage des Tumors nicht selten die grössten Schwierigkeiten entgegentreten. Dem gegenüber steht die fast absolut sicher wirkende ungefährliche Behandlung der syphilitischen Hirngeschwülste, eine Behandlung, die meist, selbst in verzweifelten Fällen vollständige Genesung bringt. Man wird sich daher bei allen bezüglich des Ursprungs nicht ganz aufgeklärten Geschwülsten — und dies dürfte beinahe stets eintreffen — zuerst dieser Therapie zuwenden, um so mehr als die resorbierende Kraft des Jods und Quecksilbers auch bei nicht specifischen Geschwülsten günstig wirken kann. So veröffentlichte A. Baginsky im Jahre 1882 zwei Fälle von Cerebraltumoren, die nicht specifischer Natur, durch den Gebrauch von Jodkali vollständig zurückgegangen waren. Es handelte sich um 2 Kinder, von denen das eine 7 Monate, das andere 15 Monate alt war. In einem Falle waren Abducens und Oculomotorius gelähmt. Im anderen Falle kamen ausser diesen Lähmungen noch Facialisparalyse und Stauungspapille hinzu. Die Diagnose

lautete in beiden Fällen: tuberculöser Tumor. Und es ist ja auch leicht einzusehen, dass z. B. das Jod, wie es auf Strumagewebe resorbierend einwirkt, auch einen etwa frisch entstandenen fibrösen Hirntumor von kleinen Dimensionen zum Schwinden bringen könnte.

## Fall II.

Der Arbeiter W. Hein sucht die Poliklinik auf eines leichten Conjunctivalcatarrhs wegen. Da bei der ophthalmoscopischen Untersuchung beiderseits mächtige Stauungspapillen entdeckt werden, wird derselbe in die Klinik aufgenommen. Patient ist verheiratet und besitzt einen gesunden Sohn. Zwei Kinder hat er aus unbekannter Ursache verloren, das eine kurz nach der Geburt, das andere im Alter von 3 Jahren. Eine luetische Infection wird negiert. Erscheinungen, welche darauf schliessen lassen, will er niemals gehabt haben. Sichtbare Zeichen stattgehabter Lues sind zur Zeit nicht zu finden, ebensowenig giebt die Anamnese und Untersuchung auf Tuberculose ein Resultat. Der Urin ist eiweiss- und zuckerfrei. Auf Befragen giebt Patient an, seit 3 bis 4 Wochen schlechter zu sehen als früher. Auch hat er ab und zu das Gefühl, als ob sich ein Schatten vor seine Augen lege. Ferner klagt Patient über Kopfschmerzen, die in die Gegend des linken Schläfen-

beins localisiert werden. Hier erweist sich ein Punkt und zwar in der Mitte zwischen dem temporalen Supraorbitalrande und dem Orbitalrande des Ohrs bei der Percussion besonders schmerzhaft. Ausserdem haben diese Kopfschmerzen das Eigentümliche, dass sie nicht constant sind, sondern in regelmässigen Intervallen etwa wöchentlich 1 mal sich bemerkbar machen. Schwindelgefühl, Übelkeit und Erbrechen sind nicht vorhanden. Bei öfterer genauerer Untersuchung findet man noch eine ganz leichte Schwäche im linken Facialis- und Hypoglossusgebiet und etwas verstärkte Patellarreflexe. Sonstige nervöse Symptome sind nicht vorhanden. Die Untersuchung der Augen ergiebt einmal auf beiden Seiten Hyperämie und leichte Schwellung der Conjunctivae palpebrarum mit spärlicher schleimig-eitriger Secretion. Die Linsen zeigen leicht gestreifte Trübungen. Die Sehprüfung ergiebt infolge der Linsentrübung nur ungenaue Resultate. Die Sehschärfe ist etwa gleich $\frac{1}{2}$. Die Beweglichkeit der Augen ist normal, das Gesichtsfeld ist frei. Der Augenhintergrund lässt auf beiden Seiten mächtige Stauungspapillen erkennen. Links ist der Gipfel der Papille mit + 1 D deutlich sichtbar, während die Gegend der Macula mit — 3 D klar gesehen wird. Die Höhendifferenz zwischen Spitze der Papille und Oberfläche der Retina beträgt demnach $1\frac{1}{2}$ mm. Die Venen sind stark dilatiert und geschlängelt, man sieht sie senkrecht in die Retina herabsteigen. Die

Arterien scheinen bedeutend verengt. In der Mitte der Papille werden die Gefässe durch wallartige Trübungen des Gewebes verdeckt. Daselbst sieht man massenhafte, weissglänzende Fleckchen und streifige Blutungen. Die Grenzen der stark vergrösserten Papille sind verwaschen. Rechts ist das Bild der Stauungspapille nicht so ausgesprochen wie links. Die Retinalgefässe sind hier mit — 2 D, die Papille mit 0D deutlich sichtbar. Die übrigen Veränderungen an der rechten Papille gleichen denen auf der linken Seite.

Abgesehen von dem leichten Conjunctivalcatarrh und der beginnenden Katarrakt kann man aus den genannten Symptomen mit grosser Wahrscheinlichkeit einen Hirntumor diagnosticieren. Hierfür spricht der Kopfschmerz, die bei der Percussion circumscript empfundene Schmerzhaftigkeit, vielleicht auch das in einigen Wochen aufgetretene schlechtere Sehen, vor allem aber spricht dafür die beiderseits stark ausgesprochenen Stauungspapillen. Diese, besonders die linke sind so colossal, dass eine andere Erklärung für das Zustandekommen derselben als durch Raumbeengung und dadurch bedingte Stauung von Seiten der Retinalgefässe kaum in Frage kommen kann. Dass es sich um keinen Orbitaltumor handelt, sondern dass der Tumor cerebralen Ursprungs ist, beweist das doppelseitige Vorkommen der Stauungspapillen. Über den Sitz des Tumors kann man nicht einmal eine

Vermutung aussprechen, da die allgemeinen Symptome nur sehr spärlich vorhanden sind, Herdsymptome aber vollständig fehlen.

Auch die Natur dieses Tumors bleibt wie im vorigen Falle völlig unbekannt. Namentlich ist auch hier nichts vorhanden, was an eine Gummigeschwulst denken liesse. Indes wird aus schon bekannten Gründen die antiluetische Behandlung eingeleitet, d. h. es wird eine energische Schmierkur mit innerlichen Jodkaligaben verbunden. Täglich werden 4 g Ung. ciner. und 3 Esslöffel einer Lösung von Jodkali 8 : 200 gegeben.

6. XII. Die Kopfschmerzen haben zugenommen, die Sehschärfe ist dieselbe geblieben.

12. XII. Patient bekommt eine Stomatitis, die Schmierkur wird daher ausgesetzt. Im ganzen sind bis jetzt 40 g Unguent. ciner. verbraucht. Die Kopfschmerzen lassen nach. Die Jodkaligaben werden erhöht.

18. XII. Da die Stomatitis aufgehört hat, wird die Schmierkur wieder aufgenommen.

16. I. Die Kopfschmerzen haben jetzt ganz nachgelassen. Auch die Percussion des linken Schläfenbeins ist nicht mehr schmerzhaft. Sehschärfe nach wie vor. Die Schwellung der Papillen hat abgenommen, namentlich links. Der Papillenkopf ist hier mit — 1 D deutlich zu sehen, während früher + 1 D dazu nötig war.

22. I. Die linke Papille noch immer deutlich prominent, wenn auch weniger wie früher. Die Grenzen zwar noch verwaschen, das Colorit aber heller. Die Gefässe zeigen nach wie vor starke Schlängelung, sind jedoch jetzt auf der Papille und an den Grenzen derselben zum grössten Teile sichtbar, die Arterien sind noch verengt. Die streifigen Blutungen sind verschwunden, die hellglänzenden Punkte und Fleckchen aber noch deutlich zu sehen. Die Prominenz der rechten Papille hat weniger abgenommen. Die Gefässe fallen hier noch steil zur Netzhaut ab, sonst gleicht das ophthalmoskopische Bild völlig dem der anderen Seite.

Das Krankheitsbild ändert sich in der folgenden Zeit fast gar nicht. Abgesehen davon, dass der Conjunctivalcatarrh, der mit kalten Umschlägen und Zinkinstillationen behandelt wird, fast gänzlich zurückgegangen ist, fängt auch das Bild der Stauungspapille an, sich auf beiden Seiten völlig zu verwischen. Die Papillen flachen sich immer mehr ab, verlieren nach und nach ihre Trübung, die Grenzen heben sich deutlicher von der umgebenden Retina ab, die Venen verlaufen nicht so geschlängelt wie früher, und die Arterien werden wieder voller. Da das Allgemeinbefinden ein sehr gutes ist, alle früheren Beschwerden sich völlig verloren haben, so wird der Patient aus der Klinik entlassen, die antiluetische Behandlung jedoch noch weiter bis zum völligen Schwinden sämtlicher Symptome ambulatorisch fortgesetzt.

25. II. Das Bild der Stauungspapillen ist jetzt ganz geschwunden. Man sieht nur noch auf beiden Papillen und um dieselbe zahlreiche kleine und grössere weisse, hellglänzende Fleckchen. Sehschärfe nach wie vor. Sonstige Symptome nicht vorhandeu. Behandlung ausgesetzt.

Dieser Fall hat mit dem oben beschriebenen manches Ähnliche. Auch hier wurde in der Anamnese und Untersuchung ganz besonders auf Lues gefahndet, aber auch hier nicht der geringste Anhalt dafür gefunden. Und auch hier wurde trotzdem eine antisyphilitische Therapie eingeschlagen, mit demselben glänzenden Erfolge, wie in dem oben beschriebenen Falle. Aber noch etwas Anderes ist es, was diesem Falle besonderes Interesse verleiht. Der Patient ist in die Poliklinik gekommen, um sich an einem Conjunctivalcatarrh behandeln zu lassen; erst auf später an ihn gerichtete Fragen giebt er an, dass er seit einiger Zeit an Kopfschmerzen leidet. Dass wir es nicht mit einem allzu apathischen Manne zu thun haben, beweist der Umstand, dass die Beschwerden, die ihm der Conjunctivalcatarrh bereitet, nicht allzu grosse gewesen sein können, denn die Conjunctiven waren nur wenig angegriffen. Bei der Untersuchung werden nun plötzlich auf beiden Augen colossale Stauungspapillen entdeckt. Es wird die Diagnose auf Gehirntumor gestellt. Und dieser Tumor besitzt wahrscheinlich ziemlich grosse Dimensionen. Das zeigt

die Mächtigkeit der Stauungspapillen, aus denen man vielleicht einen Rückschluss auf die Raumbeengung im Gehirn zu machen berechtigt ist. Der Mann hatte also eine Geschwulst in seinem Gehirn, ohne dass dieselbe ihm Veranlassung gab über besondere Beschwerden zu klagen; erst als man ihn direct darnach fragte, giebt er zu an Kopfschmerzen zu leiden. Eine nähere Untersuchung fördert dann ausser den Stauungspapillen fast nichts zu Tage, was auf einen Tumor schliessen lassen dürfte. Und doch hat es sich hier ganz unzweifelhaft um einen Gehirntumor gehandelt.

Nun ist es ja nicht merkwürdig, dass grosse Fremdkörper im Gehirn sitzen können, ohne Symptome zu machen. Wissen wir doch, dass selbst durch die Schädeldecke eingedrungene Projectile in cerebro einheilen können, ohne dass der Träger desselben während seines ganzen Lebens die geringsten Beschwerden davon hat. Selten ist es aber jedenfalls, dass der Augenarzt zuerst in die Lage versetzt ist, die Diagnose auf Hirntumor stellen zu können. Ausserdem ist dieser Zufall — denn um einen Zufall kann es sich meistens nur handeln — für einen solchen Patienten von der grössten Wichtigkeit. Wäre nämlich der Tumor weiter gewachsen, und hätten sich an demselben regressive Vorgänge eingestellt, so wären möglicherweise schon schwere unheilbare Schädigungen eingetreten, bevor den Patienten grössere Beschwerden veranlassten, sich an einen Arzt zu wenden. In

diesem Falle aber ist der Patient durch eine einfache Conjunctivitis, gleichsam durch ein Spiel des Zufalls vor Schwereren bewahrt worden.

Auch noch etwas Anderes muss hier betont werden. Der Patient bot eigentlich keine Veranlassung, ihn einer ophthalmoskopischen Untersuchung zu unterziehen. Trotzdem wurde diese ausgeführt und eine wichtige Thatsache dadurch festgestellt. Wir sehen daher, wie wichtig es ist, bei jeder Augenerkrankung, wenn dieselbe auch rein äusserlich ist, den Patienten zu ophthalmoskopieren. Manches wird oft so nur durch Zufall bemerkt, dessen Kenntnis häufig von der grössten Wichtigkeit ist.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer, Herrn Dr. Guttmann, für die freundliche Überlassung des Krankenmaterials meinen ergebensten Dank auszusprechen.

# Litteratur.


Herm. Schmidt, Zur Entstehung der Stauungspapille bei Hirnleiden, 1869.

H. Jackson, Lecture on opt. neuritis from intercranial diseases. Med. Times and Gaz. Vol. 42 u. 43, 1871.

Annuske, Die Neuritis optica bei Tumor cerebri, 1873.

Nieden, Beiträge zur Lehre vom Zusammenhang von Hirn- und Augenaffectionen, 1881.

Leber, On the connection between optic. neuritis and intercranial diseases. Internat. med. Congress, London 1881.

A. Baginsky, Ein Beitrag zu den Gehirntumoren der Kinder. Berl. Klin. Wochenschrift No. 20, 1881.

Dehio, Zur Casuistik der Hirntumoren. Petersb. Med. Wochenschrift No. 35 u. 36, 1882.

Lawson, G., On a fatal case of tumor of the brain with opt. neuritis. Ophth. Hosp., London 1882.

Beck, Zur Casuistik der Hirntumoren. Virchow's Archiv für path. Anat., 1883.

Richter, Zur Casuistik der Hirntumoren. Allg. Zeitschr. für Psych. XXXIX, 1883.

Bowein, Neurit. optic. ten gevolge van tumor cereb. Weekblad 1884.

Hexheimer, C., Über Lues cerebri. Inaug. Dissert., Würzburg 1884.

Ullrich, Ueber Stauungs-Papille. Tagebl. der 58. Vers. deutsch. Naturfor. u. Aerzte, 1885.

Deutschmann, Über Neurit. optica, besonders die sogenannte Stauungspap. und deren Zusammenhang mit Hirnaffect Jena 1887.

Manz, Über Neurit. optic. bei Gehirnerkrank. Münchener med. Wochenschrift 1888.

# Thesen.

I.

Neuritis optica intraocularis und Neuroretinitis descendens sind meist schwer von einander zu trennen.

II.

Die Leber'sche Theorie von der Stauungspapille trifft nur für vereinzelte Fälle zu.

III.

Die Kenntnis der französischen und englischen Sprache ist für jeden Arzt erforderlich.

# Lebenslauf.

Verfasser, Georg Levinsohn, mosaischer Religion, Sohn des Kaufmanns Louis Levinsohn wurde geboren am 18. Juni 1867 zu Lyck O/Pr., wo er von seinem 6. Lebensjahre bis zum April 1885 das Gymnasium besuchte. Dann war er ca. $1^1/_2$ Jahre in einem Berliner Kaufhause thätig. Von Ostern 1887 bis zum Frühjahr 1888 besuchte er die Prima des Gymnasiums zu Spandau, das er mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er studierte darauf 8 Semester in Berlin, das 9. (letzte) in Kiel. In Berlin bestand er die ärztliche Vorprüfung Ostern 1890, das Tentamen medicum und Examen rigorosum im Winter 1892; das Staatsexamen beendigte er am 2. Febr. 1893 in Kiel.

Während seiner Studienzeit an den Universitäten Berlin und Kiel besuchte Verfasser Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

B. Baginsky, v. Bardeleben, v. Bergmann, Brieger, Burchardt, Fasbender, Gerhardt, Gusserow, Hartmann, Hertwig, v. Hofmann (†), Klemperer, Kossel, Kundt, G. Lewin, L. Lewin, Landau, Liebreich, Mendel, Nitze, Preyer, Riess, Schulze, Schweigger, Senator, Rud. Virchow, Waldeyer, Jul. Wolff,

Kiel: Bier, v. Esmarsch, Falck, Fischer, Heller, Petersen, Quincke, v. Stark, Völkers, Werth.